In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful









PSORIASIS

INTRODUCTION

- **Dermatose érythémato-squameuse. fréquente, survient chez les 2 sexes et à tout âge avec prédilection chez l' adulte jeune (20 – 30 ans)**
- **Chronique: poussées et des remissions. Facteurs aggravants : stress, infections, médicaments**
- **Le diagnostic est essentiellement clinique : localisée ou généralisée à tout le tégument, les localisations électives étant les zones de frottements : coudes –Genoux- cuir chevelu – région lombaire – ongles , mais les plis et les muqueuses peuvent être intéressés.**
- **Habituellement bénin mais invalidant avec un retentissement social marqué, avec quelques cas graves:**
  - **Erythrodermie psoriasique**
  - **Psoriasis pustuleux**
  - **Psoriasis arthro-pathique.**
- **D'étiologie multifactorielle mal connue . L'hypothèse actuelle met en avant le rôle de facteurs pro mitotiques produits par les lymphocytes T activés par des antigènes ou des superantigénes.**
- **Trt symptomatique repose sur les thérapeutiques locales, les traitements généraux sont réservés aux formes sévères**

- CLINIQUE
- FORMES CLINIQUES
- EVOLUTION- COMPLICATIONS
- DIAGNOSTIC
- ETIOLOGIE- PHYSIOPATHOLOGIE
- TRAITEMENT

CLINIQUE



FORME CLASSIQUE:

- 1.LESION ELEMENTAIRE:
- Tache érythemato-squameuse arrondie ou ovalaire
- L'aspect à lui seul permet le diagnostic
- **Couche squameuse superficielle** :
- blanchâtre et terne, parfois nacrée ou micacée.
- Surface : lisse ou rugueuse, légèrement en relief par rapport à la peau saine voisine.
- Sèche, de dimension et d'épaisseur variable :

  Petite et fine de type pityriasique.

  large et épaisse prenant au maximum un aspect **ostracé** .
- Ces squames peuvent masquer la totalité de l'érythème ou ne le recouvrir qu'en partie, le laissant apparaître en périphérie.



Grattage méthodique de Brocq

pathognomonique

- Blanchiment de la lésion
- Signe de la tache de bougie
- Signe de la dernière pellicule décollable
- Signe de la rosée sanglante = signe d'Auspitz



Tache de bougie



Rosée sanglante

- **Tache érythémateuse :**
- Située sous la couche squameuse
- peut être spontanément visible à la périphérie des squames ou par transparence
- rose rouge congestif
- Bien limitée.
- Surface : lisse et sèche.
- Souple ne présentant aucune induration.
- Disparaît à la vitro pression.







- **2- Groupement :**

- **Nombre :** Variable :
- rarement isolé (psoriasis en plaque isolé)
- le plus souvent Multiples ou diffus.

- **Dimensions** :
- En **point** "**punctata**" ou en **gouttes** "**guttata**" de quelques millimètres de Diamètre,
- **Nummulaires** de quelques centimètres de diamètre. (du latin nummulus = pièce de monnaie)
- **En plaque** : de contours plus ou moins géométrique ou circiné occupant de larges surfaces.
- **En nappes ou placards** : > à 10 cm
- **Universalis** : généralisé.

Psoriasis en goutte



- Quelques mm de Ø .
- Enfant++, adulte jeune.
- Souvent post infectieux (angi[…] pharyngite, **anite**)



Psoriasis nummulaire :

- › 1cm de Ø:

lésions en pièces de monnaie .



Psoriasis en plaque ou en nappe :





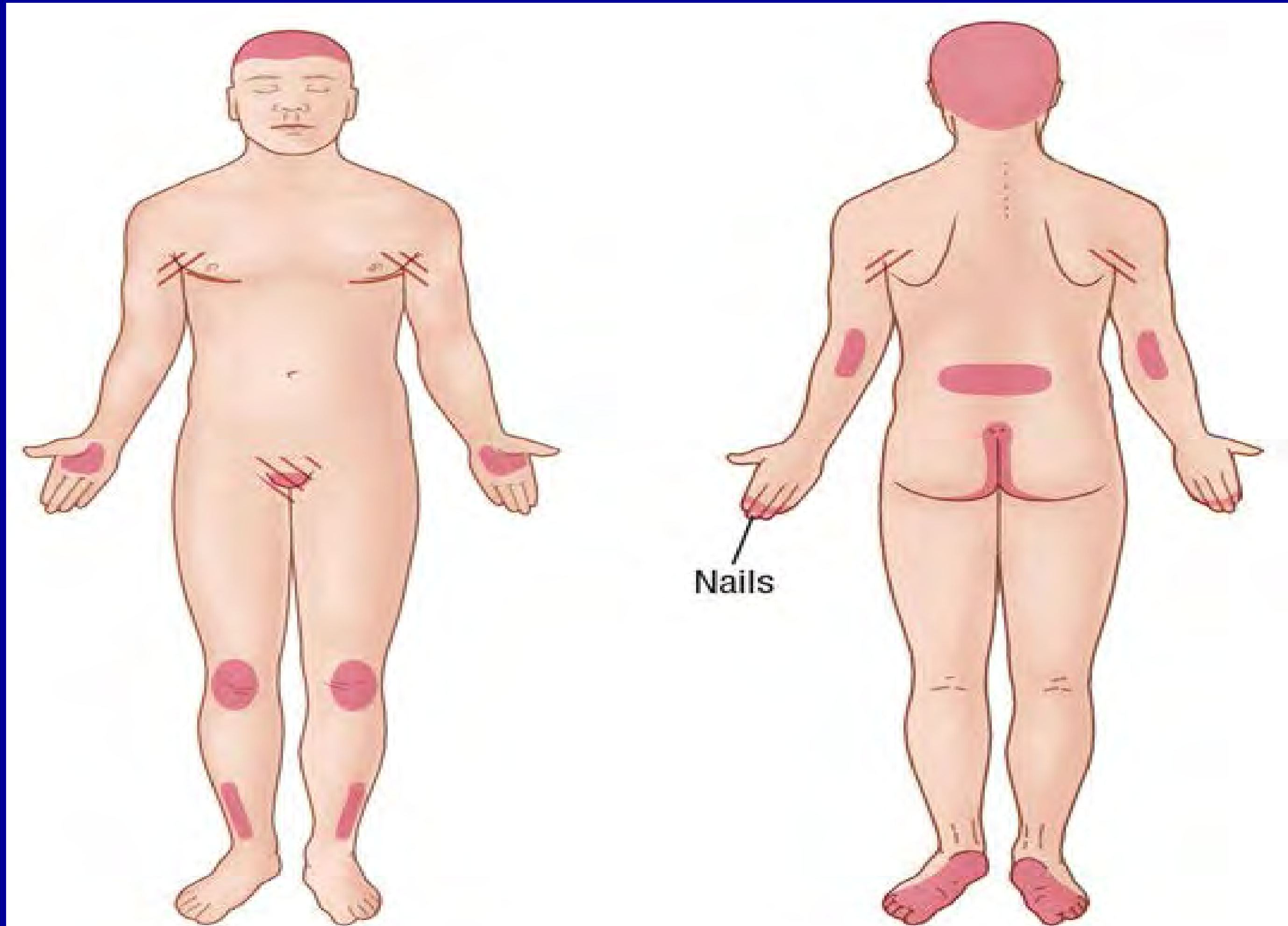
Psoriasis universalis



Photo 34 **:** Le psoriasis généralisé.

3- Topographie :

- Siège = Zones bastion
- Distribution bilatérale et symétrique.



4- Signes fonctionnels :

- En général, le psoriasis est peu ou pas prurigineux
- cependant un prurit sévère peut se voir dans 30% des cas, et peut traduire un terrain psychologique dépressif ou être provoqué par des thérapeutiques externes.

FORMES CLINIQUES

1- Formes topographiques :

Psoriasis du cuir chevelu :

- l'une des formes les plus communes, isolée ou associée à des lésions diffuses.
- Il réalise soit

Des lésions en **plaques circonscrites** de forme régulière, arrondie, bien limités recouvertes de larges squames **sèches** qui n'engluent pas les cheveux qui les traversent (LOCALISATION OCCIPITALE+++)

Ou une véritable **carapace** recouvrant **la totalité du cuir chevelu**.

- Le psoriasis du cuir chevelu **n'est pas alopéciant** bien que les alopécies circonscrites puissent se rencontrer dans les formes très kératosiques.





FORMES CLINIQUES

- **Psoriasis des ongles:** Très fréquent: 30 à 50% des cas,

- plusieurs aspects peuvent se voire:

- **Dépressions ponctuées cupuliformes**: de quelques mm en "dé" à coudre ou disposées en lignes transversales (lignes de Beau) réalisant des sillons généralement multiples; c'est la forme la plus caractéristique.
- Trachyonychie: "Rugosité" avec perte de la transparence de l'ongle.
- Onycholyse: friabilité avec effritement de la tablette secondaire à une atteinte matricielle.







FORMES CLINIQUES

1- Formes topographiques :

- **Psoriasis des plis :** Se développe sur **les faces de flexions** "psoriasis inversé« .



- **Aspect**: plaque continue, rouge vif, brillante et lisse peu ou pas squameuse à bordure très bien dessinée
- parfois suintement lié à la macération ou des fissures douloureuses.

- **Siège**: plis inter fessier- inguinaux- région génitale- sous mammaires- creux axillaires- ombilic- creux poplités et même dans les espaces interdigitaux plantaires.



FORMES CLINIQUES

- **Psoriasis du visage :**
- Rare, discret.
- Deux aspects :
  - Sur les régions séborrhéiques : médio faciale, racines des sourcils, sillon nazogénien ; souvent associé à un psoriasis du cuir chevelu : sébopsoriasis
  - le psoriasis de l'oreille : conduit auditif externe- conque- sus et rétro auriculaires.



FORMES CLINIQUES

- **Psoriasis palmo-plantaire :**
- Souvent bilatéral.
- **Formes localisées :**
- **Cors psoriasiques : hyperkératose prédomine. C'est une élevure de 1-2 cm localisée essentiellement sur les éminences thénar et hypothénar.**





- **Formes diffuses : Kératodermie psoriasique diffuse** :
  - Carapace kératosique dure épaisse

FORMES CLINIQUES

- **Psoriasis des muqueuses :**
- Rare dans le psoriasis vulgaire,
- **Le gland :** des taches peu infiltrées, roses peu ou pas squameuses d'évolution chronique.
- **La langue :** - Langue **géographique** surtout dans le psoriasis pustuleux.

  - Langue **plicaturée** ou **scrotale**.



FORMES CLINIQUES



2- Formes selon le terrain

Psoriasis du nourrisson : Rare,

- **Psoriasis des langes : napking psoriasis**
- Érythème rouge sombre bien limité,
- Evolution favorable

Psoriasis de l'enfant :

- **les filles** sont plus atteintes que les garçons.
- les antécédents familiaux: **50%** des cas .
- Tous les aspects du psoriasis peuvent se rencontrer, avec une forme plus particulière à l'enfant.
- **Psoriasis en gouttes:** Succédant à une rhinopharyngite ou une vaccination

Souvent fébrile

le visage est plus souvent atteint que chez l'adulte



FORMES CLINIQUES

3- Formes induites (provoquées) :

- **Phénomène de Koebner** :
- Caractérisé par l'apparition de lésions psoriasiques sur un traumatisme cutané :
  - stries de grattage
  - sur cicatrice chirurgicale
  - vaccination
  - sur tatouage
- L'éruption est strictement limitée à la partie irritée ou traumatisée
- **Médicaments :**
- Certains médicaments peuvent
  - Induire ou aggraver un psoriasis pré existant
  - ou être responsable du développement d'une résistance au traitement.
  - **Sels d'or**- **B bloquants** , IEC. **Interferon alpha**.

Formes graves :

1- Psoriasis pustuleux :



- d'emblée/pso connu
  - déclenché souvent par des médicaments
  - localisé : palmo plantaire
  - généralisé: AEG
  - histologie : pustule spongiforme multiloculaire et aseptique





Formes graves :

2-Erythrodermie psoriasique :

- Complique en général un psoriasis déjà installé, rarement inaugural de la maladie
- Divers facteurs (Médicaments + +: surtout corticothérapie général) ou une infection surajoutée.
- L'érythème s'étend à la totalité du corps > 90% tégument, sans espaces de peau saine
- L'état général: altéré : Fièvre- troubles digestifs- oligurie- amaigrissement.
- Les complications: fréquentes: surinfection- septicémies, troubles de la thermorégulation- défaillance cardiovasculaire, détresse respiratoire, troubles hydroéléctrolytiques- hypoprotidémie.



Formes graves :

3-Rhumatisme psoriasique :

- C’est un rhumatisme inflammatoire chronique souvent apparaît chez un psoriasique connu (20%).
- La poussée rhumatismale coïncide souvent avec la poussée psoriasique.

- On distingue 2 formes: une périphérique et l’autre centrale.

* Rhumatisme psoriasique périphérique: arthralgies, mono et oligoarthrites : peuvent atteindre n’importe quelle articulation par ordre de fréquence: doigts-orteils- poignets- genoux- chevilles- coudes- épaules

Polyarthrite d’aspect voisin de celui de la polyarthrite rhumatoïde, mais l’atteinte des IPD et réaction de Waaler-Rose négative.

*Rhumatisme psoriasique axial: atteinte vertébrale et sacro-iliaque voisine de la SPA

EVOLUTION

- Maladie débute le plus souvent chez l'adolescent et l'adulte jeune
- **chronique qui évolue par poussée** dont la durée est variable et dont la survenue est imprévisible. Favorisées par le stress, médicaments, infections

- **A chaque poussée**: réapparition ou extension des plaques anciennes alors que de nouveaux éléments peuvent apparaître.

- **Lors des rémissions**, la tache pâlit et peut disparaître complètement, cependant le plus souvent persistent des éléments discrets des coudes et des genoux.
- Des séquelles achroniques ou pigmentées peuvent se rencontrer surtout à la suite des thérapeutiques (réducteur- ultraviolets- antimitotiques).

- **Les rémissions** sont plus fréquentes en saison estivale : effet bénéfique des rayons ultraviolets,

cependant certains psoriasis sont aggravés par l'exposition solaire: sujets de phototype clair et d'age avancé.

COMPLICATIONS:

1- Surinfection :

- **Bactérienne :** surtout à Staphylocoque : Pustules-furoncles-folliculites.
- **Candidosique :** fréquente surtout au niveau des plis.

- La surinfection est provoquée surtout par la corticothérapie locale.

2-Eczématisation :

- Le fait de médications locales mal tolérées
- caractérisée par l'association **squames-croutes** peu adhérentes.

3-Lichenification:

- Liée au grattage
- l'érythème et les squames sont discrets et de fines excoriations sont généralement visibles.

Psoriasis et co-morbidité

- Syndrome métabolique

= syndrome de l'obesite centrale

= syndrome de l'insulino-resistance

= syndrome « x »

La prévalence des pathologies métaboliques, telles que: diabète, HTA, obésité et hyperlipidemie, serrait élevée au cours du psoriasis sévère

Diagnostic positif :

- Dans la grande majorité des cas le diagnostic est facile et essentiellement clinique.

→ **Devant les éléments anamnéstiques :**

- Cas similaires dans la famille.
- évolution chronique par poussées / rémissions avec amélioration en période estivale.

→ **Devant l'examen clinique :**

- Lésions érythémato- squameuses, arrondies ou ovalaires, bien limitées.
- grattage méthodique de BROCQ
- Localisation des lésions dans les zones bastions.
- Atteinte phaneriènne ou muqueuse évocatrice, voire caractéristique.

→ **Devant les formes posant problème de diagnostic différentiel**, une biopsie avec étude histologique peut être de secours, elle retrouve :

. Des anomalies épidermiques :
- Hyper kératose avec ortho et para kératose.
- Micro abcès de Munro- Sabouraud.
- Couche granuleuse diminuée ou absente.
- Hyperacanthose.

. Des anomalies dermiques :
- Papillomatose et infiltrat inflammatoire à lymphocytes T.
- Membrane basale épaisse avec capillaires très développés dans les papilles.

DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

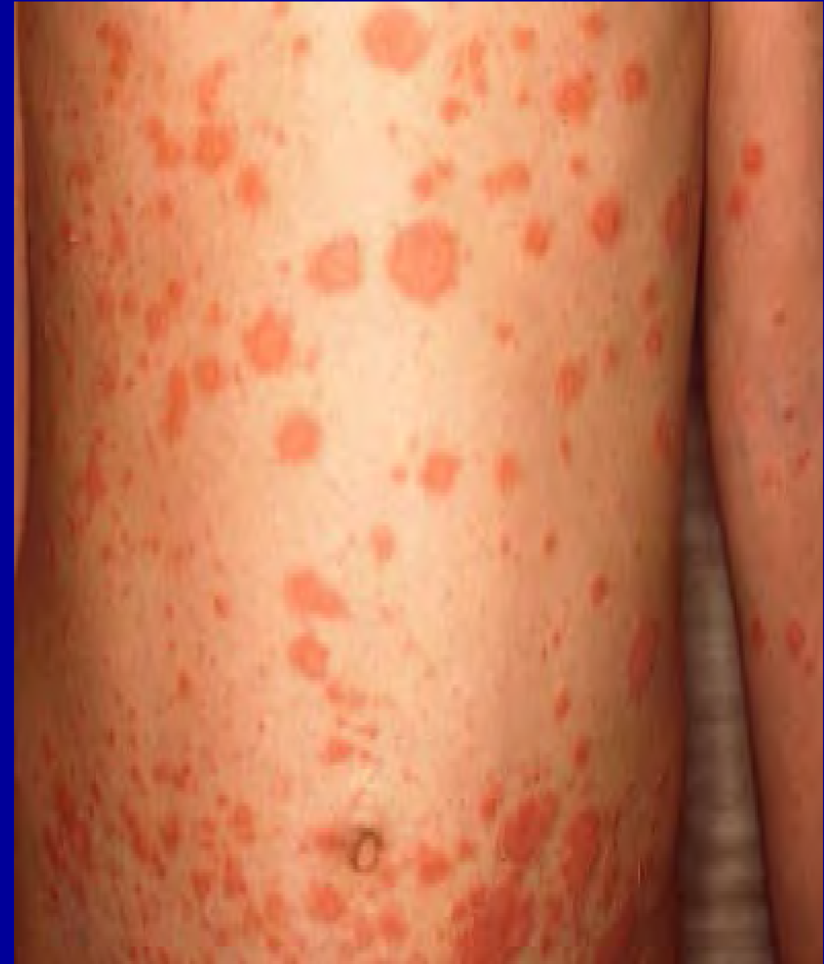
Il se pose avec de nombreuses dermatoses érythémato squameuses :
On fait que les citer:

1/ **Pytiriasis Rosé de Gibert** :

2/dermatite séborrhéique

3/Dermatite atopique

4/ Pytiriasis rubra pilaire



ETIOLOGIE- PHYSIOPATHOLOGIE

- La cause demeure mal connue
- Prédisposition génétique révélée par des facteurs de l'environnement

  - facteur génétique: 30% cas familiaux, début dans l'enfance,
    jumeaux monozygotes,
    Ag d'histocompatibilité HLA CW6 et DR7

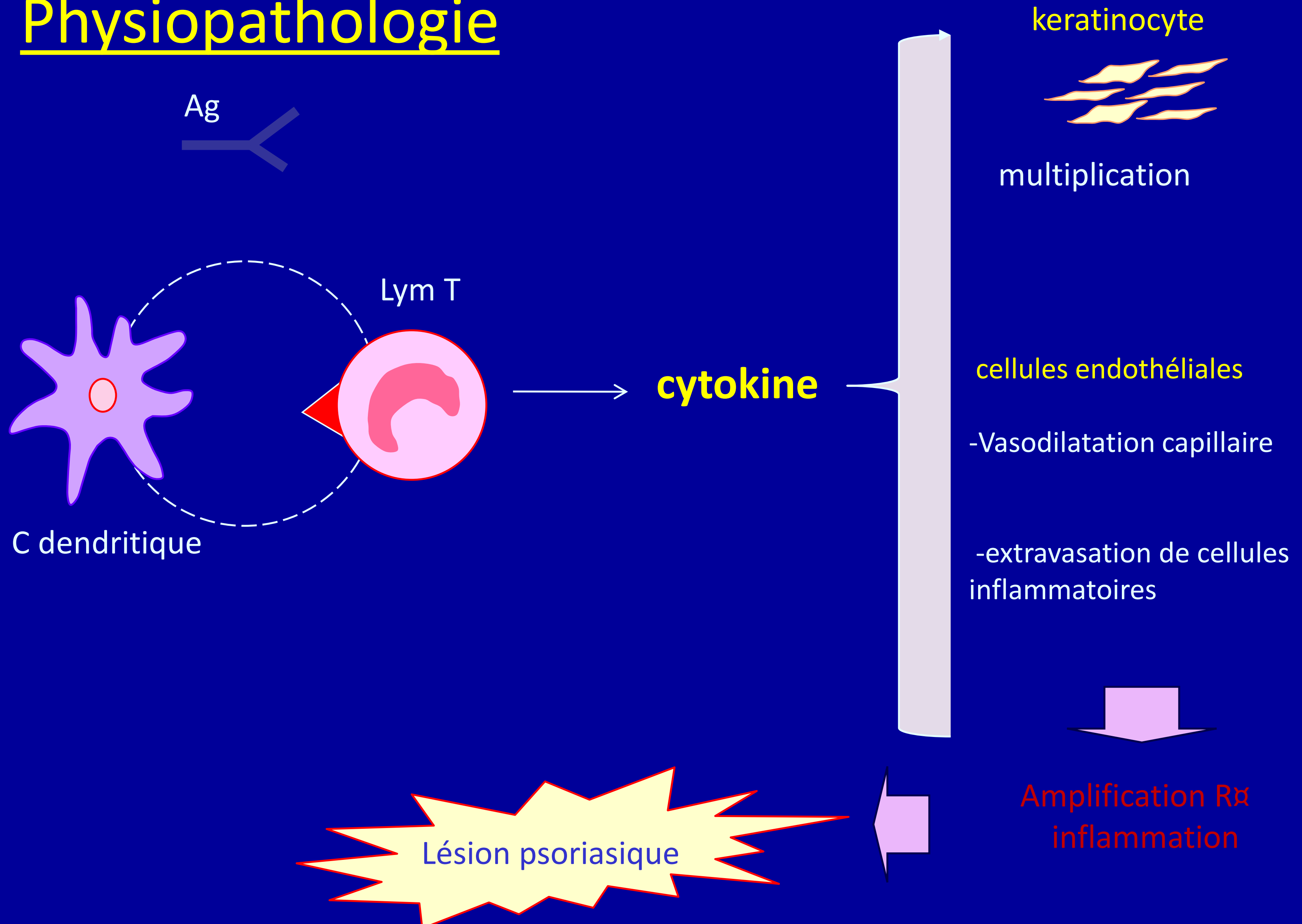
  - Facteurs environnementaux : stress
    - infectieux: enfants ++
    - médicaments: sels de lithium, TNFα, βbloquants,

    - tabac / alcool: résistance aux traitements

ETIOLOGIE- PHYSIOPATHOLOGIE

- Lymphocytes T activées CD4 +
- Cytokines pro inflammatoire
- TNF alpha
- Kératinocytes + différenciation

Nb : l'action des différents trt : MTX-BIOTHERAPIE (anti TNF α)


Physiopathologie
Ag
Lym T
C dendritique
cytokine
keratinocyte
multiplication
cellules endothéliales
-Vasodilatation capillaire
-extravasation de cellules inflammatoires
Amplification R¤
inflammation
Lésion psoriasique

TRAITEMENT

BUT DU TRAITEMENT

- Les traitements actuels n'entrainent pas la guérison définitive de l'affection

- Entrainer une réduction des lésions jusqu'à ce qu'elles deviennent tolérables pour le malade

- Soutien et prise en charge psychologique

- Traitements majeurs : formes graves

Armes thérapeutiques

Traitements locaux

-dermo corticoides

-analogues de la Vitamine D3

-association : dermocorticoide et analogue Vit D3

-retinoides topiques

-autres : bains émollients kératolytiques

Traitements généraux

- Rétinoides: dérivés de la vitamine A
- Méthotréxate
- Ciclosporine
- Trt biologiques

Traitements physiques

-puvathérapie: psoraléne / UVA

-photothérapie : UVB

Corticothérapie locale

- Pommade dont l'effet occlusif favorise l'hydratation,
  les crèmes: plis et lésions macérées,
  les lotions sont réservées pour le cuir chevelu

- Rythme d'applications : 1 a 2 applications / jours
  - Arrêt du traitement : progressif pour éviter l'effet rebond

- Effets secondaires
  Locaux : Atrophie cutanée, vergeture telengiectasie, dyschromie hypertrichose, surinfection virale, mycosique
  Systémiques: Hyperglycemie, diabete, sd cushingoide ulcere gastrique osteoporose ……

Dérivés de la vitamine D

- Calcipotriol, Daivonex (Crème, pommade et lotion:0,005%)
- Schéma: 1 application matin et soir sur les lésions sans dépasser 100 à 120 g/sem
- les effets secondaires irritatifs sont réduits par l'association aux Dctc: application du calcipotriol le soir et du corticoïde le matin.
- Précaution: pas sur le visage et les plis
- Contres indications: femme enceinte, psoriasis pustuleux, pso érythrodermique

Utilisation avec prudence chez l'insuffisant rénal et enfant, Hypercalcemie

Association galénique: Daivonex + bethamethasone = Daivobet

Rétinoides topiques

- Tazarotene (Zorac®)
- Gel 0.1% - 0.05%
- 1app/jr
- Contre indication: plis, visage, cc
- Indication: pso max 10%

- Irritant → association DCD
  ‡ Dérivés vitD

Autres traitements locaux

- **Kératolytiques:**

Acide salicylique

Acide salicylique dans un excipient type vaseline (vaseline salicylée 2 à 10%), peut être associé aux dermocorticoïdes

Schéma appliqué quelque jours sur les lésions squameuses, arrêt après décapage des lésions

Crème à l'urée

Mode d'action: kératolytique et hydratant

Présentation gel à 30%

Contre indication: dermatose suintante

- **Bains et émollients**

Dans l'eau claire ou eau salée, ou additionnée l'huile de cade ou émollients

TRAITEMENTS SYSTEMIQUES:

Méthotrexate:

antiinflammatoire et immunosuppresseur

Ampoule : 5. 20. 25. 50. 500 mg injection IM ou IV et Cp à 2,5mg

Schéma: début par 2.5 à 5 mg en 1 prise à augmenter si besoin par paliers de 2,5 à 5 mg /sem jusqu'à 15- 25 mg/sem

Prise unique (1 fois /sem) ou multiple: 2- 3 fois /sem séparées de 12H d'intervalle.

Les effets secondaires: – l'effet tératogène

– **l'hépatotoxicité cumulative:** cytolyse hépatique (possibilité de fibrose si dose cumulée > 1.5 g, voire de cirrhose).

– les effets **hématologiques** (leucopénie, thrombopénie, anémie voire pancytopénie).

Associations: Acide folique 1cp /jour, 6 jours/7 en dehors du jour de l'administration de Methotrexate

Indications : psoriasis résistant du sujet âgé, psoriasis arthropathique grave.

Rétinoïdes :

- Dérivés de la vitamine A (rétinol): immuno-modulateur et anti-inflammatoire

Acitrétine (Soriatane) gel à 10 mg ou à 25 mg

- Doses: 0.3 – 0.5 mg/kg/j sans dépasser 50 mg/j en une seule prise au repas.

- Les effets secondaires: nombreux

- Effet tératogène majeur
- Les effets cutanéomuqueux: xérose,
- Appareil digestif: hépatite (exceptionnelle)

- Effets biologiques: élévation des triglycérides, du cholestérol, augmentation des transaminases, cholestase modérée

-Précaution: une contraception efficace est obligatoire commencée 1 mois avant et poursuivie pendant 2 ans après la fin du traitement

- Indications : psoriasis pustuleux, érythrodermie psoriasique

Ciclosporine

- ***Mode d'action:-*** Immuno suppresseur
- Neoral: Solution buvable à 100 mg/ml

  Sandimmun: capsule à 10. 25. 50. 100 mg

  Ampoule injectable IV à 50 mg, 250 mg

- La cyclosporine est également très efficace mais avec un risque néphrotoxique important
- Donc elle n'est utilisée que comme traitement séquentiel à durée limitée en cas de psoriasis sévère,
- la posologie est de 2- 5 mg/kg/j

TRAITEMENTS BIOLOGIQUES

- Nous assistons aujourd'hui à un tournant de l'histoire du psoriasis par les produits mis récemment sur le marché (produits dérivés de biotechnologie)
- Ces agents sont des molécules biologiques comme des anticorps monoclonaux humanisés ou des proteines de fusion
- Inhibiteurs du TNFα: INFLIXIMAB (Remicade®)
  ETANERCEPT (Embrel®)
  ADALIMUMAB (Humira®)
- Inhibiteurs de l'IL12/IL23: USTEKINUMAB (Stelara®)

- Indications: psoriasis modéré à sévère en cas d'itolérance ou de contre indications à au moins 2 agents systémiques

TRAITEMENTS PHYSIQUES :



Photothérapie artificielle:

- **a-PHOTOCHIMIOTHÉRAPIE UVA (PUVA)**
- **C'est une irradiation aux UVA (320 à 450 nm, avec un pic à 365 nm), 2 heures après l'administration d'un produit photosensibilisant**
  - **Méladinine = 8-méthoxypsoralène= (8-MOP): Cp à 10 mg**
  - **Psoraderm = 5-méthoxypsoralène (5-MOP = bergaptène) : Cp à 20 mg**
- **Schéma: 3-4 séances par semaines jusqu'à blanchiment puis une séance par semaine puis par deux semaines puis par mois**

- **b- Photothérapie UVB: (290-320 nm): utilisés seuls en 3 – 5 séances/ sem**

-La tendance actuelle est de limiter le spectre des UVB à la longueur d'onde 311 nm qui est la plus efficace et la moins érythematogène.

- **Efficacité: en 20 séances, 80 à 90 % de très bons résultats (comparable pour les 2 méthodes)**

- **- Effets secondaires: Prurit, érythème, sécheresse cutanée, parfois aggravation d'un psoriasis photosensible, risque carcinogène**

TRAITEMENTS PHYSIQUES :

- **Photothérapie naturelle et balnéothérapie (**thalassothérapie): constituent d'excellents traitements du psoriasis en période estivale.

- L'irradiation en bord de mer est bénéfique pour la prise en charge par la qualité de l'eau et la détente psychologique

Traitement psychologique:

- Il faut toujours évaluer avec le patient

- Comment s'exprime sa souffrance morale ?

-Comment il s'y adapte ?

-Comment il envisage de la prendre en charge et de s'en libérer ?

INDICATIONS :

- Elles dépendent:
- ✓ du type de psoriasis (étendue des lésions, localisation, forme clinique)
- ✓ du malade (âge, sexe, retentissement fonctionnel et relationnel de la maladie) Il faut tenir compte de la comorbidité.
- ✓ du traitement déjà reçu

- **Psoriasis vulgaire peu étendu:**
- traitement local simple: Calcipotriol en application 2 x/j pendant 6 sem,

  ou calcipotriol + Dctc si intolérance

  Kératolytiques d'abord puis Dctc pendant 2 à 3 sem.

- **Psoriasis vulgaire étendu:** >40 % : photothérapie UVB ou PUVA

  ou ciclosporine ou méthotrexate ou rétinoïdes

PRONOSTIC:

- Le psoriasis est habituellement une affection CHRONIQUE évoluant par poussées durant toute la vie, une guérison définitive ne peut être garantie.

- Les éléments de pronostic:

✓ **Age de survenue**: PC meilleur chez l'enfant où certaines formes guérissent définitivement.

✓ **Sévérité clinique:** évaluée par le PASI: l'érythème – l'importance de squames. L'épaisseur des lésions (coté de 0 à 04) étendue des lésions (0 à 06)

✓ **Durée d'évolution de la maladie**

- **Survenue de formes graves ou de complications:**
  ***** ***Vital***= mise en jeu, érythrodermie, pso pustuleux;
  ***** ***Fonctionnel,*** mise en jeu: psoriasis arthropathique
  ***** ***Esthétique:*** nécessitant l'aide d'un psychologue voire même psychiatre en cas de complications**.**

- **Prévention des poussées**: Sont imprévisibles mais on peut agir sur les facteurs favorisants.
  ATB précoce de l'infection ORL de l'enfant parfois amygdalectomie
  Éviction des médicaments pouvant aggraver ou induire psoriasis
  Limitations des facteurs de stress en donnant des conseils de relaxation.

Conclusion:

- Le Psoriasis est une maladie fréquente bénigne mais qui peut être grave non seulement à cause de ses complications mais aussi en raison de son retentissement sur la qualité de vie.
- Les récidives sont imprévisibles.
- Les traitements sont symptomatiques et rapport bénéfice / risque doit être évalué dans le choix thérapeutique.
- Le traitement rotatoire semble être l'attitude actuelle la plus adaptée
- Intérêt de la prise en charge psychologique.
- **Les espoirs thérapeutiques passent par des traitements immunomodulateurs ciblés sur les lymphocytes T responsables de la prolifération épidermique et sur les thérapies géniques**